診療情報提供書（診療予約申込書）

令和　　年　　月　　日発行

牛久愛和総合病院
地域医療連携室

ＴＥＬ：029-870-5150（直通）
ＦＡＸ：029-873-8359（直通）

医療機関名
所在地
医師名
ＴＥＬ
ＦＡＸ

ふりがな		男・女	生年月日
氏名	様		Ｔ・Ｓ Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日（　　歳）
住所	〒　　－	電話番号	

紹介目的	□：診療予約　□：検査予約　□：入院予約	部屋希望（入院の場合）	□：特になし　□：6人部屋 □：4人部屋　□：個室
希望診療科	科	希望医師	医師
希望検査	□：ＣＴ　（単純・造影）（部位　　） □：ＭＲＩ　（単純・造影）（部位　　） □：その他　（　　）		
記録媒体	□：ＣＤ－Ｒ　□：フィルム	希望日時	

傷病名
症状経過・治療経過・現在の処方・備考

★予約日当日は、①診療情報提供書 ②紹介患者予約票 ③保険証 ④診察券（お持ちの方）をお持ちいただきますようお伝え下さい。紹介患者予約票は予約取得後、当院からＦＡＸ致します。

★予約時間の15分前までに（検査予約の方は20分前までに）来院し、中央受付に提出するようにお伝え下さい。

★ＭＲＩ検査はＭＲＩチェックリスト、造影検査（ＣＴ・ＭＲＩ）の場合は造影同意書をご記入の上、患者さんにお渡し下さい。

★予約時間は診療の関係で遅れることがございますので、ご了承いただけますようお願い致します。

★ご不明な点がありましたら、地域医療連携室までご連絡をいただければ幸いです。